

Running title: Correlación de la sintomatología y el diagnóstico de depresión.

Correspondencia: Bárbara Oliván-Blázquez

Facultad de Ciencias Sociales y del Trabajo. Universidad de Zaragoza

Violante de Hungría 25. 50009. Zaragoza

bolivan@unizar.es

**TÍTULO COMPLETO: CORRELACIÓN ENTRE EL DIAGNÓSTICO DE
DEPRESIÓN Y LA SINTOMATOLOGÍA PRESENTADA EN PACIENTES DE
ATENCIÓN PRIMARIA.**

AUTORES:

Bárbara Oliván-Blázquez^{1,2,3}

Encarnación Rubio-Aranda⁴

Olga García-Sanz¹

Rosa Magallón-Botaya^{2,3,5}

1. Departamento de Psicología y Sociología. Universidad de Zaragoza (España).
2. Red de Investigación en Actividades de Prevención y Promoción de la Salud (REDIAPP-GRD06/0018/0020). Instituto de Salud Carlos III.
3. Red de Excelencia PSI2014-56303-REDT: PROMOSAM: Investigación en procesos, mecanismos y tratamientos psicológicos para la promoción de la salud mental. Ministerio de Economía y Competitividad.
4. Departamento de Microbiología, medicina preventiva y Salud Pública. Universidad de Zaragoza. (España).
5. Departamento de Medicina y Psiquiatría. Universidad de Zaragoza (España).

RESUMEN

La depresión mayor es una enfermedad crónica con una alta prevalencia que cursa habitualmente de manera episódica, con una duración media del episodio de 16 semanas. No se han encontrado análisis que evalúen la concordancia entre la aparición de los mismos y la evolución del episodio. El objetivo de este estudio es analizar la concordancia entre la evolución sintomática (aparición, mantenimiento, remisión de los diversos síntomas) y la evolución del diagnóstico de depresión mayor (aparición, mantenimiento y remisión) en una cohorte de personas con y sin diagnóstico de depresión mayor.

Se realizó un estudio de cohortes prospectivo a un año de seguimiento en el que se entrevistó a una muestra aleatoria de 741 sujetos que acudían a consultas de atención primaria, se elaboró el diagnóstico de depresión según criterios del DSM-IV y se analizó la sintomatología que presentaba. Estos sujetos fueron re-evaluados a los 6 meses y 12 meses.

El estado de ánimo deprimido, la disminución del interés o anhedonia y los síntomas relacionados con el sueño (insomnio o hipersomnia), la agitación, el sentimiento de culpa y la fatiga o pérdida de energía son concordantes con el diagnóstico. El resto de los síntomas muestran una evolución independiente de la evolución del diagnóstico.

En Atención Primaria, es importante conocer que síntomas son claves en la evolución del diagnóstico con la finalidad de conseguir la remisión total de la depresión y evitar mantenimiento de sintomatología residual que puede dar lugar a pródromos.

PALABRAS CLAVE

Depresión, sintomatología, evolución, diagnóstico.

Depression, symptoms, evolution, diagnosis.

ABSTRACT

Depression is a chronic disease with a high prevalence that normally is episodic, with an average episode duration of 16 weeks. There are no analyses to evaluate the correlation between the evolution of the episode and their appearance.

The aim of this study is to analyse the correlation between symptomatic progression (appearance, maintenance, remission of various symptoms) and the evolution of the

diagnosis of depression (onset, maintenance, and remission) in a cohort of patients diagnosed with and without depression.

A prospective cohort study was performed with a one year follow-up in which a random sample of 741 subjects attending primary care was interviewed. Diagnosis of depression was made according DSM-IV criteria and presented symptoms were analysed. These subjects were re-evaluated at 6 months and 12 months.

The depressed mood, decreased interest or anhedonia and symptoms related to sleep (insomnia or hypersomnia), upheaval, feeling of guilt, fatigue or energy loss, are consistent with the diagnosis. The rest of the symptoms display an independent evolution of the diagnostic trends.

It is important in primary care, to know what symptoms are the key to the evolution of diagnosis in order to achieve full remission of depression and avoid keeping residual symptoms that can result prodromal.

INTRODUCCIÓN

La depresión es una de las patologías más frecuentes atendidas en las consultas sanitarias, principalmente en Atención Primaria¹⁻²⁻³. De hecho, por encima de una cuarta parte de los pacientes de Atención Primaria están afectados por síntomas de depresión⁴.

Aunque las estimaciones sobre su incidencia y prevalencia varían en distintos países y diversos estudios, se acepta que un 2-16% de los individuos padecen a lo largo de su vida una depresión unipolar⁵⁻⁶. Algunos estudios de seguimiento muestran además que el trastorno depresivo a menudo es recurrente y puede hacerse crónico en el 25% de los enfermos⁵.

La duración media de un episodio depresivo es de 16 semanas⁷. Los estudios de seguimiento del curso natural de la enfermedad, sugieren que después de un año del diagnóstico de depresión, el 40% de los sujetos presenta aún síntomas, que son de la suficiente gravedad como para cumplir los criterios de un episodio depresivo mayor, y aproximadamente, el 20% sigue teniendo algunos síntomas, aunque sin cumplir criterios para el diagnóstico de un episodio depresivo mayor (como el trastorno depresivo mayor, en remisión parcial).

Diversos estudios han analizado la relación existente entre la sintomatología residual (síntomas que se mantienen cuando el trastorno se encuentra en remisión) y la prodrómica (síntomas iniciales que preceden al trastorno), teniendo la primera un fuerte valor pronóstico (fenómeno de reversión). Esta sintomatología residual puede progresar

hasta convertirse en pródromos de recaída. Estos resultados implican importantes consecuencias ya que los sujetos pueden comenzar un círculo de recaída-remisión. Por lo tanto es necesario vigilar estrechamente al paciente durante las diferentes fases de la enfermedad, los síntomas que ha presentado y la sintomatología residual, si es que existe, de cara a mejorar su calidad de vida⁸⁻⁹.

Teniendo en cuenta la importancia de los síntomas (presentados durante el episodio depresivo, síntomas residuales o prodrómicos) en el diagnóstico de depresión, y su importancia de cara al pronóstico de la enfermedad, no se ha encontrado en la literatura ningún análisis correlativo al respecto. Este estudio se plantea como objetivo analizar la concordancia entre la evolución de cada síntoma de manera aislada (aparición, mantenimiento, remisión de los diversos síntomas) y la evolución del diagnóstico de depresión (aparición, mantenimiento y remisión) en una cohorte de pacientes de Atención Primaria.

MÉTODOS

Estudio de cohortes prospectivo a un año de seguimiento en el ámbito de la Atención Primaria.

El proyecto forma parte de un estudio multicéntrico, financiado por el Fondo de Investigaciones Sanitarias (FIS 04/2450) y fue aprobado por el Comité de Ética de Investigación Clínica de Aragón.

Siendo este estudio, un subestudio del proyecto nacional Predict, cuyo objetivo era desarrollar y validar un innovador inventario de riesgo multi-factorial para su utilización por médicos de atención primaria para predecir el inicio y la duración de un episodio de depresión mayor, el tamaño de la muestra fue estimado sobre la base de una validez predictiva anticipada del inventario de factores de riesgo. Asumiendo una tasa de depresión de un 15%, se requerían 2193 mediciones en total de las comunidades participantes, para poder determinar el ROC en la curva con un 95% de confianza y un intervalo de +/- 5%. Para poder utilizar un test independiente que otorgara validez predictiva a la puntuación de riesgo basada en una selección aleatoria del 50% de la muestra del estudio, se necesitaba doblar esta cantidad. Es decir, se debía llegar a 4386 personas en la muestra nacional, la cual ascendió a 5625 sujetos, lo que permitió alcanzar con creces la tasa de respuesta necesaria, admitiendo incluso unas pérdidas al final del seguimiento del 22%. El tamaño muestral que le correspondía captar al grupo de Zaragoza fue de 740 sujetos.

En el estudio participaron una media de cinco médicos en cada uno de los seis Centros de Salud que participaron, cuatro de ellos urbanos y dos rurales, de la provincia de Zaragoza. La selección de la muestra se realizó por muestreo aleatorio sistemático sobre el listado de pacientes que acudían al médico de familia por cualquier motivo durante los años 2005-2007. Se seleccionaba sobre el listado el primer paciente y posteriormente uno cada cinco sujetos. Si el paciente seleccionado cumplía criterios de inclusión, se le invitaba a participar. Si no cumplía criterios de inclusión o no quería participar en el estudio, se seleccionaba el siguiente paciente del listado. Así hasta completar el tamaño muestral. Los criterios de inclusión fueron: tener entre 18-75 años, no presentar deterioro cognitivo grave evaluado mediante el test Mini Mental adaptado al castellano¹⁰, o cualquier otro trastorno y/o enfermedad orgánica grave que pusiera en peligro su vida y ser residentes de la localidad del estudio.

Fueron elegidos aleatoriamente 958 pacientes, de los cuales 71 fueron excluidos por no cumplir finalmente alguno de los criterios de inclusión anteriormente mencionados y 146 rechazaron participar, quedando 741 pacientes, que fueron los que constituyeron la cohorte de estudio.

Se seleccionó a personal cualificado (psicólogos) para realizar el trabajo de campo y recibieron una formación específica para evitar sesgos de información. Los entrevistadores además disponían de un teléfono y mail de contacto para cualquier duda que pudiera surgir en el transcurso de proyecto.

Todos los participantes del estudio firmaron el correspondiente consentimiento informado. De los 741 sujetos que completaron la evaluación inicial (corte o T0), 567 (76,5%) fueron re-evaluados a los 6 meses (T6) y 492 (66,4%) a los 12 meses (T12) meses con respecto al momento basal, para conocer su evolución en el diagnóstico así como en su sintomatología depresiva. Esta cohorte del estudio incluía sujetos con diagnóstico de depresión, personas con síntomas depresivos que no cumplían los criterios diagnósticos de depresión y personas sin sintomatología depresiva.

De aquellos pacientes que rechazaron formar parte del estudio se recogieron datos sobre edad, sexo y motivo del rechazo y no se han observado diferencias significativas para estas variables entre ambos grupos, participantes y no participantes.

La variable de resultado fue el diagnóstico positivo de episodio depresivo mayor según criterios DSM-IV¹¹, evaluado a través de la Composite International Diagnostic Interview version 2, 1997 (CIDI), la cual fue desarrollada y validada por la OMS¹². Dicha escala permite analizar aisladamente la sintomatología que presenta cada

paciente. Se seleccionaron los síntomas que forman parte de los criterios diagnósticos del DSM-IV, tal y como se muestra en la tabla 1.

Se recogieron además variables sociodemográficas como edad en años, sexo, estado civil, con quién vive, nivel académico y situación laboral.

El estado civil se recodificó en: Soltero, Casado y Otros (separados, divorciados y viudos). El nivel académico en: Sin estudios pero sabe leer y escribir, Primaria, Secundaria o Formación Profesional y Otros (Diplomados, Licenciados y Doctorados). Por último, la situación laboral se recodificó en: Contratado/autónomo, jubilado, Cuidado de la familia y el hogar y Otros que incluye, parados, incapacitados, estudiantes, enfermos de larga duración, etc.

La concordancia de la evolución tanto de síntomas como de diagnóstico según DSM-IV se categorizó en: aparición (ausencia basal pero presencia a los 6 o 12 meses respectivamente), presencia mantenida (presencia mantenida en ambas evaluaciones), ausencia mantenida (ausencia mantenida en ambas evaluaciones) o remisión (presencia basal pero ausencia a los 6 o 12 meses respectivamente).

Respecto al análisis estadístico, se realizó inicialmente un análisis descriptivo mediante frecuencias y porcentajes dado que las variables analizadas eran categóricas.

Para establecer si existía relación entre la variable principal (depresión si/no) y la edad, dado la cantidad de datos analizados se utilizó el contraste paramétrico t-Student. Para establecer esta relación con el resto de las variables consideradas se utilizaron tablas de contingencia con el estadístico Chi-cuadrado, realizando además, un análisis de residuos estandarizados de Haberman para saber entre qué categorías de las variables se establecía la asociación

El análisis de la concordancia-discrepancia se realizó mediante el coeficiente Kappa y sus intervalos de confianza a un nivel del 95%, en el momento T0 al T6 y del T0 al T12. Se ha trabajado con un nivel de significación del 5%.

RESULTADOS

De los 741 pacientes incluidos en la cohorte, la mayoría eran mujeres (62,5%), habían terminado sus estudios primarios (47,8%), estaban casado/as (64,5%) y se encontraban trabajando, ya sea como autónomo/as o contratado/as (52,4%) y Su edad media fue de $46,5 \pm 15,5$ años (Tabla 2)

A los seis meses del estudio, 567 (76,5%) personas completaron la segunda entrevista, no habiendo diferencias estadísticamente significativas respecto a las

variables sociodemográficas estudiadas en relación a la cohorte inicial. A las 12 meses, continuaron en el estudio 492 sujetos (66,4%) y se encontró una diferencia estadísticamente significativa en la variable edad respecto a la cohorte inicial, que pasó de 46,5 años (DT 15,15) a 47,3 (DT 15,2) (p-valor =0,028). No se encontraron diferencias significativas en relación al resto de las variables sociodemográficas estudiadas (Tabla 3).

Respecto al diagnóstico de depresión, en el momento de la captación, 81 sujetos (10,9%; IC95%: 8,62 - 13,24%) tenían depresión según criterios del DSM-IV. A los seis meses, presentaban el diagnóstico 25 (4,4%; IC95%: 2,63 - 6,19%) personas y a los doce meses el 31 (6,3%; IC95%: 4,05 - 8,55%). Para una mejor comprensión de los datos se ofrece el siguiente diagrama de flujo sobre la evolución de la muestra y su diagnóstico (figura 1).

Para conocer la incidencia de depresión en el año de seguimiento, se excluyeron de la cohorte inicial, los sujetos con depresión al inicio del estudio, obteniendo así la población de riesgo. Siguiendo criterios DSM-IV, la incidencia fue de 6,9% (IC95%: 4,92 - 9,64%).

Respecto a las tasas de remisión, en el primer semestre del año, de los 53 casos de depresión diagnosticados en T0 que continuaron en el estudio, 43 (81,1%) casos remiten en el primer semestre y 10 casos mantienen la depresión desde el inicio del estudio. En el segundo semestre del año, de los 21 casos de depresión que hay a los seis meses del inicio del estudio y continúan el seguimiento hasta la última medición a los doce meses, 14 (63,6%) casos remiten en el segundo semestre y 7 casos mantienen la depresión mayor.

Como puede observarse en las tablas 4 y 5, desde el momento inicial hasta los 6 meses, aparece como significativa la concordancia de la evolución de cuatro síntomas con el diagnóstico, que son el estado de ánimo deprimido (S1), la disminución del interés o anhedonia (S2), agitación (S5) y sentimientos de culpa o inferioridad (S7). Desde el inicio hasta los 12 meses de seguimiento, sigue apareciendo como significativa la concordancia de la evolución de los síntomas estado de ánimo deprimido (S1) y la disminución del interés o anhedonia (S2), pero también en este periodo aparece como significativa la concordancia de los síntomas relacionados con el sueño (insomnio o hipersomnia) (S4) y la fatiga o pérdida de energía (S6). Esta concordancia en el diagnóstico significa que, cuando el síntoma aparece, en un porcentaje significativo de casos, el diagnóstico también aparece. Si el síntoma remite, en un número significativo

de casos el diagnóstico también remite. Y si el síntoma se mantiene (bien sea que continúa presente o ausente), el diagnóstico también se mantiene.

El resto de los síntomas muestran una evolución, medida en aparición, presencia mantenida, ausencia mantenida y remisión, independiente de la evolución del diagnóstico según DSM-IV.

DISCUSIÓN

En la bibliografía existente podemos encontrar estudios como el estudio Predict, que han profundizado en el tema de los factores de riesgo para iniciar o mantener un episodio depresivo¹³⁻¹⁴, pero con este estudio, se pretende complementar con el análisis de los síntomas que se presentan en los episodios depresivos, síntomas residuales o prodrómicos, a tener en cuenta en la posible evolución de un paciente.

Si bien, numerosos estudios tratan de analizar diferentes aspectos del trastorno depresivo mayor, son muy escasos los que se centran en las características psicométricas de los síntomas diagnósticos, tal y como recomiendan algunos autores¹⁵⁻¹⁶⁻¹⁷⁻¹⁸⁻¹⁹. De hecho, no se tiene constancia de ningún estudio que analice la relación entre la evolución de los síntomas y el diagnóstico según DSM-IV, pero los resultados obtenidos son consistentes con la literatura referente a la sintomatología depresiva⁸⁻²⁰⁻²¹ y pueden ser de utilidad para la práctica clínica. En este sentido, estos resultados pueden proporcionar una herramienta a los clínicos para que pudieran valorar con mayor seguridad el pronóstico de los pacientes y ajustar el tratamiento centrándose en los síntomas de mayor peso para lograr una remisión más rápida y evitar nuevos episodios depresivos.

Estos resultados concuerdan en parte con estudios que apuntan una relación de mayor peso de algunos de estos síntomas con el diagnóstico en comparación con el resto de síntomas¹⁶⁻²²⁻²³. Entre estos síntomas se encuentran el estado de ánimo deprimido y la anhedonia, que se consideran síntomas “clave” en el diagnóstico, ya que, según los criterios del DSM-IV, se requiere un mínimo de cinco síntomas de un listado de nueve (al menos uno debe ser “estado de ánimo deprimido” o “falta de interés-anhedonia”), para tener un diagnóstico positivo de depresión. Ambos síntomas presentan según Zimmerman¹⁶, las asociaciones más fuertes con el diagnóstico, con odds ratios por encima de 25. Estos dos síntomas también presentan el peso β más grande en los análisis de regresión.

La evolución del síntoma “alteraciones del sueño” y su concordancia con la evolución del diagnóstico de depresión queda apoyada por la demostrada relación entre el síntoma “alteraciones del sueño” y el trastorno recogido ampliamente por la bibliografía científica²⁴⁻²⁵⁻²⁶⁻²⁷. Incluso algunos estudios apuntan ciertas variables del sueño como posibles biomarcadores genéticos del trastorno depresivo mayor²⁸⁻²⁹.

Por el contrario, otros síntomas diagnósticos en el presente estudio muestran unos resultados que aconsejan continuar investigando, ya que tanto la evolución del síntoma “alteraciones del peso”, “pensamientos recurrentes de muerte-suicidio” como de “dificultades de pensamiento-concentración” se muestran independientes con la evolución del diagnóstico tanto a los seis meses como a los doce del inicio del estudio. De hecho Zimmernan²², a raíz de sus estudios, propuso la eliminación de los síntomas “dificultades de pensamiento-concentración-indecisión”, y “aumento o pérdida de peso” debido a su falta de impacto en el diagnóstico depresivo mayor. Sobre el síntoma “Pensamientos recurrentes de muerte-suicidio” este mismo autor señala¹⁶ que se presenta de una forma muy poco frecuente; por lo que este hecho puede explicar su independencia con el diagnóstico de depresión.

A pesar de la literatura existente que recomienda la profundización en las características psicométricas de los síntomas, el DSM-V³⁰ no ha planteado ningún cambio en los criterios diagnósticos de episodio depresivo mayor. En este manual, se vuelven a plantear los 9 síntomas diagnósticos, de los cuales, el sujeto debe presentar al menos, cinco de ellos, siendo el estado de ánimo deprimido y/o la anhedonia imprescindibles para el diagnóstico. Los sujetos deben presentar la sintomatología durante al menos dos semanas, la mayor parte del día, casi todos los días. No obstante, algún estudio ha cuestionado este criterio de dos semanas de duración a la hora de elaborar el diagnóstico de depresión³¹.

Una limitación de este estudio puede ser la cronología en el trabajo de campo. No obstante, no se considera que pueda influir en los resultados al tratarse de una cuestión atemporal y que además los criterios diagnósticos y la sintomatología de depresión han sido modificados en el DSM-V. Por otro lado, se trata de una muestra seleccionada en Centros de Salud por lo que los resultados pueden considerarse estrictamente representativos de la población ambulatoria. No obstante, es al ámbito ambulatorio y al médico de familia al que se pretende, a través de este estudio, dotar de herramientas de detección y alerta a tener en consideración cuando un paciente acude a su consulta.

CONCLUSIÓN

En el ámbito de Atención Primaria, es importante conocer que síntomas son claves en la evolución del diagnóstico de un episodio de depresión mayor, con la finalidad de conseguir la remisión de la depresión. En este sentido es importante que los síntomas concordantes como el estado de ánimo deprimido-tristeza, la anhedonia y las alteraciones del sueño-vigilia, remitan para conseguir una remisión de la enfermedad. Para ello, el médico de familia puede establecer un tratamiento específico de estos síntomas (tratamiento farmacológico específico, técnicas de modificación de conducta, higiene del sueño, etc). Es importante también controlar la sintomatología residual ya que puede dar lugar a pródromos de nuevos episodios depresivos.

AGRADECIMIENTOS

Instituto de Salud Carlos III, por la financiación del proyecto de investigación PI04/2450.

CONFLICTOS DE INTERESES

No hay conflicto de interés.

BIBLIOGRAFÍA

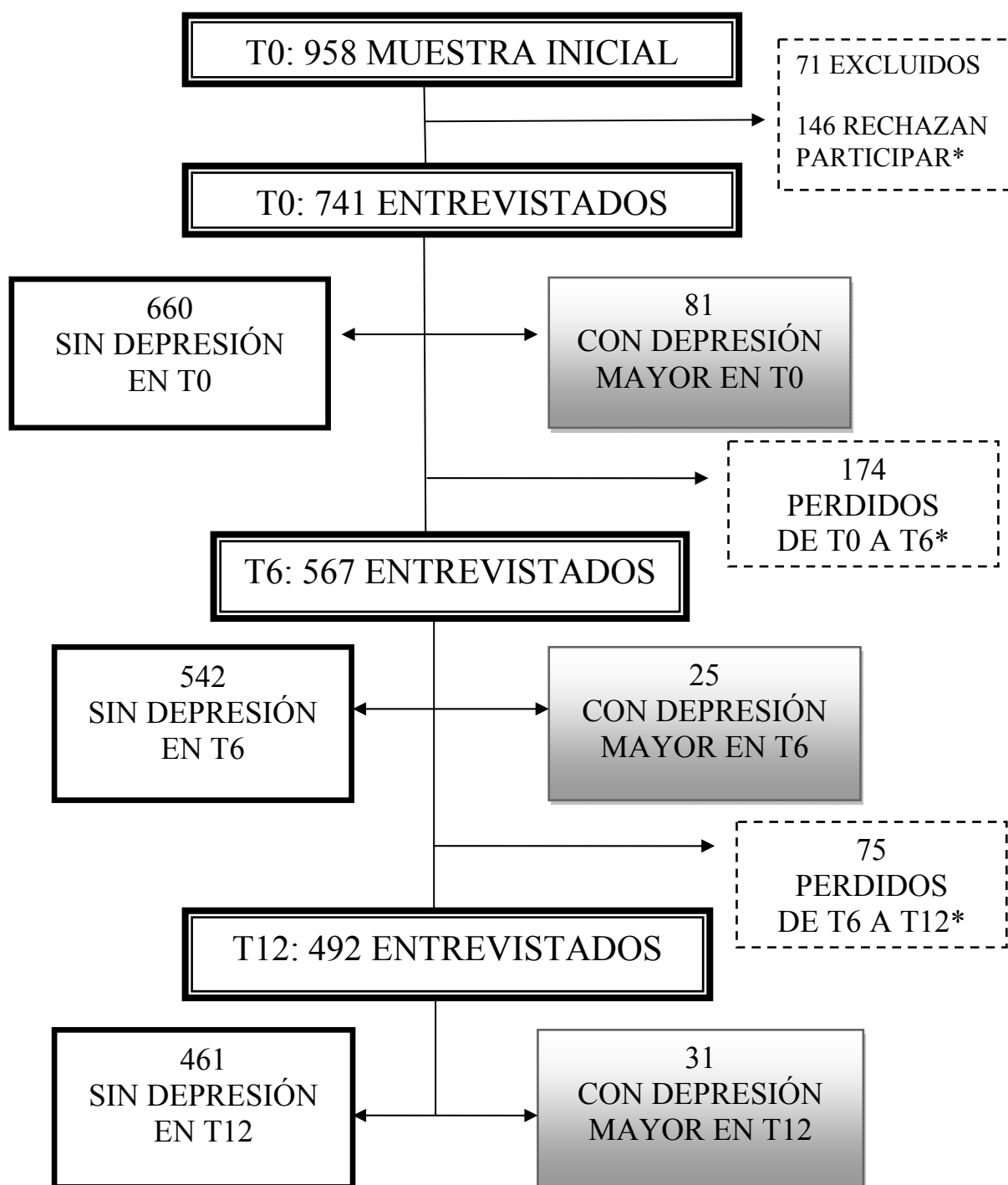
1. Davidson JR, Meltzer-Brody SE. The underrecognition and undertreatment of depression: what is the breadth and depth of the problem? J Clin Psychiatry. 1999; 60 Suppl 7:4-9.
2. Lee ML, Yano EM, Wang M, BF Simon, Rubenstein LV: What patient population does visit-based sampling in primary care settings represent? Med Care 2002; 40:761-770.
3. Aragonés E, Pinol JL, Labad A, Folch S, Melich N: Detection and management of depressive disorders in primary care in Spain. Int J Psychiatry Med 2004;34:331-43.
4. Meltzer H, Gill B, Petticrew M. OPCS Surveys of Psychiatric Morbidity in Great Britain. Report No 1. The prevalence of psychiatric morbidity among adults aged 16-64 living in private households in Great Britain. London: HMSO; 1995.
5. Ayuso Mateos JL. Depression: a priority in public health. Med Clin (Barc). 2004; 123(5):181-6.

6. Kupfer DJ, Frank E, Phillips ML. Major depressive disorder: new clinical, neurobiological, and treatment perspectives. *Lancet*. 2012; 379(9820):1045-55.
7. Kessler RC, Berglund P, Denler O, Jin R, Koretz D, Merikangas KR et al.: The epidemiology of major depressive disorder: results from the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R). *JAMA* 2003; 289:3095-105.
8. Fava GA. Subclinical symptoms in mood disorders: pathophysiological and therapeutic implications. *Psychol Med*. 1999;29(1):47-61.
9. Fava GA, Visani D. Psychosocial determinants of recovery in depression. *Dialogues Clin neurosci* 2008; 10(4): 461-72.
10. Lobo A, Ezquerro J, Gómez Burgada F, Sala JM, Seva Díaz A. (1979) adaptaron en España al castellano.Cognocitive mini-test (a simple practical test to detect intellectual changes in medical patients)]. *Actas Luso Esp Neurol Psiquiatr Cienc Afines*. 1979 May-Jun;7(3):189-202. Spanish.
11. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of mental Disorders. 4th Edition. Barcelona: Masson SA; 1995.
12. Robins LN, Wing J, Wittchen HU, Helzer JE, Babor TF, Burke J, Farmer A, Jablenski A, Pickens R, Regier DA: The Composite International Diagnostic Interview. An epidemiologic Instrument suitable for use in conjunction with different diagnostic systems and in different cultures. *Arch Gen Psychiatry* 1988;45:1069-1077.
13. Bellón JA, Luna JD, Moreno B, Montón-Franco C, Gildegómez-Barragán MJ, Sánchez-Celaya M, Díaz-Barreiros MA, Vicens C, Motrico E, Martínez-Cañavate MT, Oliván-Blázquez B, Vázquez-Medrano A, Sánchez-Artiaga MS, March S, Muñoz-García MD, Moreno-Peral P, Nazareth I, King M, Torres-González F. Psychosocial and sociodemographic predictors of attrition in a longitudinal study of major depression in primary care: The predictD-Spain study. *J Epidemiol Community Health*. 2009 Sep 16.
14. Bellón JA, de Dios Luna J, King M, Moreno-Küstner B, Nazareth I, Montón-Franco C, Gildegómez-Barragán MJ, Sánchez-Celaya M, Díaz-Barreiros MA, Vicens C, Cervilla JA, Svab I, Maaroos HI, Xavier M, Geerlings MI, Saldivia S, Gutiérrez B, Motrico E, Martínez-Cañavate MT, Oliván-Blázquez B, Sánchez-Artiaga MS, March S, Del Mar Muñoz-García M, Vázquez-Medrano A, Moreno-Peral P, Torres-González F. Predicting the onset of major depression in

- primary care: international validation of a risk prediction algorithm from Spain. *Psychol Med*. 2011 Apr 5;1-14.
15. Zimmerman M, McGlinchey JB, Young D, Chelminski I. Diagnosing major depressive disorder introduction: an examination of the DSM-IV diagnostic criteria. *J Nerv Ment Dis*. 2006;194(3):151-4.
 16. Zimmerman M, McGlinchey JB, Young D, Chelminski I. Diagnosing major depressive disorder I: A psychometric evaluation of the DSM-IV symptom criteria. *J Nerv Ment Dis*. 2006;194(3):158-63.
 17. Zimmerman M, McGlinchey JB, Young D, Chelminski I. Diagnosing major depressive disorder: II: is there justification for compound symptom criteria?. *J Nerv Ment Dis*. 2006;194(4):235-40.
 18. Zimmerman M, McGlinchey JB, Young D, Chelminski I. Diagnosing major depressive disorder IX: are patients who deny low mood a distinct subgroup?. *J Nerv Ment Dis*. 2006; 194(11):864-9.
 19. Zimmerman M, McGlinchey JB, Young D, Chelminski I. Diagnosing major depressive disorder XII: can a self-report depression questionnaire be used to examine questions about the DSM-IV diagnostic criteria?. *J Nerv Ment Dis*. 2007;195(2):158-64.
 20. Fava GA, Kellner R. Staging. A neglected dimension in psychiatric classification. *Acta Psychiatr Scand*. 1993;87:225-230
 21. McGorry PD, Hichie IB, Yang AR, Pantelis C, Jackson HJ. Clinical staging of psychiatric disorders. *Aust N Z J Psychiatry*. 2006;40:616-622
 22. Zimmerman M, McGlinchey JB, Young D, Chelminski I. Diagnosing major depressive disorder III: can some symptoms be eliminated from the diagnostic criteria?. *J Nerv Ment Dis*. 2006; 194(5):313-7.
 23. McGlinchey JB, Zimmerman M, Young D, Chelminski I. Diagnosing major depressive disorder VIII: are some symptoms better than others?. *J Nerv Ment Dis*. 2006;194(10):785-90.
 24. Maglione JE, Ancoli-Israel S, Peters KW, Paudel ML, Yaffe K, Ensrud KE, Stone KL. Depressive symptoms and subjective and objective sleep in community-dwelling older women. *J Am Geriatr Soc*. 2012;60(4):635-43. doi: 10.1111/j.1532-5415.2012.03908.x.

25. Murray CB, Murphy LK, Palermo TM, Clarke GM. Pain and sleep-wake disturbances in adolescents with depressive disorders. *J Clin Child Adolesc Psychol.* 2012;41(4):482-90.
26. Baji I, Lopez-Duran NL, Kovacs M, George CJ, Mayer L, Kapornai K, Kiss E, Gádoros J, Vetró A. Age and sex analyses of somatic complaints and symptom presentation of childhood depression in a Hungarian clinical sample. *J Clin Psychiatry.* 2009; 70(10):1467-72.
27. Urrila AS, Karlsson L, Kiviruusu O, Pelkonen M, Strandholm T, Marttunen M. Sleep complaints among adolescent outpatients with major depressive disorder. *Sleep Med.* 2012;13(7):816-23. doi: 10.1016/j.sleep.2012.04.012.
28. Gregory AM, Buysse DJ, Willis TA, Rijsdijk FV, Maughan B, Rowe R, Cartwright S, Barclay NL, Eley TC. Associations between sleep quality and anxiety and depression symptoms in a sample of young adult twins and siblings. *J Psychosom Res.* 2011;71(4):250-5.
29. Pillai V, Kalmbach DA, Ciesla JA. A meta-analysis of electroencephalographic sleep in depression: evidence for genetic biomarkers. *Biol Psychiatry.* 2011; 70(10):912-9. doi: 10.1016/j.biopsych.2011.07.016.
30. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of mental Disorders. 5th Edition. Arlington: American Psychiatric Publishing; 2013.
31. Angst J, Hengartner MP, Ajdacic-Gross V, Roessler W. Is two weeks the optimum duration criterion for major depression?. *Actas Esp Psiquiatr.* 2014;42(1):18-27.

Figura 1: Diagrama de flujo sobre la evolución de la muestra y su diagnóstico



* MOTIVOS MAYORITARIOS DE ABANDONO: NO LOCALIZADO 38% / NO QUIERE 17%
 MOTIVOS MINORITARIOS: FALLECIMIENTO 1% / ENFERMEDAD GRAVE 4%

Tabla 1: Síntomas requeridos para el diagnóstico según DSM-IV

DSM-IV
S1: Estado de ánimo depresivo la mayor parte del día, casi cada día según lo indica el propio sujeto (ej. se siente triste o vacío) o por otros (ej. llanto).
S2: Disminución acusada del interés o de la capacidad para el placer en todas o casi todas las actividades, la mayor parte del día, casi cada día (según refiere el propio sujeto u observan los demás).
S3: Pérdida importante de peso sin hacer régimen o aumento de peso (p. ej., un cambio de más del 5 % del peso corporal en 1 mes), o pérdida o aumento del apetito casi cada día.
S4: Insomnio o hipersomnia casi cada día.
S5: Agitación o enlentecimiento psicomotores casi cada día (observable por los demás, no meras sensaciones de inquietud o de estar enlentecido).
S6: Fatiga o pérdida de energía casi cada día.
S7: Sentimientos de inutilidad o de culpa excesivos o inapropiados (que pueden ser delirantes) casi cada día (no los simples autorreproches o culpabilidad por el hecho de estar enfermo).
S8: Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o indecisión, casi cada día (ya sea una atribución subjetiva o una observación ajena).
S9: Pensamientos recurrentes de muerte (no sólo temor a la muerte), ideación suicida recurrente sin un plan específico o una tentativa de suicidio o un plan específico para suicidarse

Tabla 2: Descripción de la muestra en función de variables sociodemográficas

	Número	Porcentaje
Sexo (n =741)		
Mujer	463	62,5
Hombre	278	37,5
Nivel estudios		
Leer/escribir	80	10,8
Primaria	354	47,8
Secundaria	196	26,4
Otros (Doctorado/a, Licenciado/a, Diplomado/a)	111	15,0
Estado Civil (n =741)		
Soltero/a	192	25,9
Casado/a	478	64,2
Otros (Separado/a, viudo/a, divorciado/a)	71	9,6
Situación Laboral (n =741)		
Contratado/a/Autónomo/a	388	52,3
Cuidado de la Familia y Hogar	148	20,0
Jubilado/a	114	15,4
Otros (Paro, incapacitado/a, estudiante, enfermo/a larga duración...)	91	12,3
Edad (n =741)		
Media (Desviación típica)	46,5 (15,5)	

Tabla 3: Relación entre variables sociodemográficas y continuación en el estudio a los 6 y 12 meses

	Inician Estudio N= 741	Continúan en T6 N= 567		Continúan en T12 N = 492	
	Nº	Nº (%)	p-valor	Nº (%)	p-valor
Sexo					
Mujer	463	372 (80,3)	0,244	324 (69,8)	0,228
Hombre	278	195 (71)		168 (60,4)	
Nivel estudios					
Leer/escribir	80	59 (73,8)	0,807	57 (71,3)	0,970
Primaria	354	268 (75,7)		235 (66,1)	
Secundaria	196	149 (76,0)		126 (64,3)	
Otros	111	91 (82,0)		74 (66,7)	
Estado Civil					
Soltero/a	192	142 (74,0)	0,818	114 (59,4)	0,495
Casado/a	478	375 (78,5)		333 (69,5)	
Otros	71	50 (70,4)		45 (63,4)	
Categoría Laboral					
Contrato/autónomo/a	388	293 (75,5)	0,228	237 (61,1)	0,460
Cuida hogar-familia	148	121 (81,8)		114 (76,4)	
Jubilado/a	114	79 (69,3)		77 (67,5)	
Otros	91	74 (81,3)		64 (70,3)	
Edad Media (DT)	46,5 (15,5)	46,1(15,2)	0,225	47,3(15,2)	0,028

DT = Desviación típica

Tabla 4: Concordancia en la evolución (Aparición, Mantenimiento; Remisión) de cada síntoma y el diagnóstico de T0 a T6 en base a DSM-IV

		DIAGNOSTICO DSM-IV				Kappa I.C. 95%
SINTOMA		AM	A	R	PM	
S1: Ánimo deprimido	AM	367	2	1	0	0.244 0.199; 0.289
	A	24	0	13	1	
	R	78	37	0	0	
	PM	17	12	10	16	
S2: Anhedonia	AM	425	10	0	1	0.291 0.241 ; 0.341
	A	22	0	19	4	
	R	42	30	0	0	
	PM	6	11	5	12	
S3: Peso	AM	4	1	0	2	-0.003 -0.131 ; 0.125
	A	2	0	2	1	
	R	8	1	1	4	
	PM	5	10	7	10	
S4: Sueño	AM	3	0	2	0	0.076 -0.044 ; 0.197
	A	3	1	1	0	
	R	2	2	1	3	
	PM	11	9	6	14	
S5: Agitación	AM	7	1	0	1	0.167 0.011 ; 0.097
	A	2	2	0	3	
	R	2	1	2	1	
	PM	8	8	8	12	
S6: Fatiga	AM	0	0	0	0	-0.007 -0.052 ; 0.038
	A	3	0	1	0	
	R	2	0	0	1	
	PM	14	12	9	16	
S7: Culpa e Inferioridad	AM	4	0	0	0	0.166 0.033 ; 0.299
	A	3	1	2	0	
	R	7	3	2	2	
	PM	5	8	5	14	
	AM	1	0	0	0	0.037

S8: Concentración	A	1	0	0	0	-0.020 ; 0.093
	R	4	0	0	0	
	PM	10	12	10	15	
S9: Ideas muerte	AM	5	5	4	5	0.050
	A	2	2	1	3	-0.109; 0.209
	R	6	3	3	2	
	PM	5	2	2	7	

AM= Ausencia Mantenida A=Aparición R= Remisión PM= Presencia Mantenida

Tabla 5: Concordancia en la evolución (Ausencia Mantenida, Aparición, Remisión, Presencia Mantenida) de cada síntoma y el diagnóstico de T0 a T12 en base a DSM-IV

		DIAGNOSTICO DSM-IV				Kappa I.C. 95%
SINTOMA		AM	A	R	PM	
S1: Ánimo deprimido	AM	307	1	3	0	0.392 0.322; 0.463
	A	34	13	0	0	
	R	64	0	25	0	
	PM	21	8	9	19	
S2: Anhedonia	AM	344	11	8	0	0.379 0.295 ; 0.464
	A	28	7	1	2	
	R	34	2	19	3	
	PM	7	2	7	10	
S3: Peso	AM	6	1	1	0	0.118 -0.028; 0.265
	A	4	1	0	2	
	R	3	2	1	4	
	PM	8	4	7	13	
S4: Sueño	AM	5	0	0	0	0.214 0.061 ; 0.368
	A	0	4	1	0	
	R	2	0	1	3	
	PM	15	4	7	16	
S5: Agitación	AM	3	1	1	0	0.108 -0.017; 0.233
	A	6	2	3	3	
	R	5	1	0	1	
	PM	8	4	5	15	
S6: Fatiga	AM	4	0	0	0	0.147 0.025 ; 0.270
	A	2	1	0	0	
	R	1	0	1	1	
	PM	15	7	8	18	
S7: Culpa e Inferioridad	AM	4	3	0	0	0.096 -0.029; 0.221
	A	6	1	0	0	
	R	1	0	0	3	
	PM	10	4	9	16	

S8: Concentración	AM	1	0	0	0	0.073
	A	0	1	1	1	-0.023; 0,169
	R	5	1	0	0	
	PM	13	6	7	17	
S9: Ideas muerte	AM	9	4	5	3	0.015
	A	1	1	1	5	-0.133; 0.163
	R	7	0	2	7	
	PM	4	3	1	4	

AM= Ausencia Mantenida A=Aparición R= Remisión PM= Presencia Mantenida